

КАНДИДОЗНАЯ ИНФЕКЦИЯ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ ЖИДКОСТЯМИ ПРИЖИГАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ

Нарчук С.А., Дыбаль А.Б., Сачек М.М.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Введение. Грибковые инфекции в настоящее время являются одной из важнейших проблем здравоохранения. Из потенциальных «болезней будущего» они превратились в актуальные «болезни настоящего». [2,3,4,5]

Доминирующими возбудителями грибковых инфекций (80-90%) являются грибы рода *Candida*. За два прошедших десятилетия, эти грибы из довольно редко встречающихся патогенов, стали одними из основных оппортунистических микроорганизмов. По данным ВОЗ, до 20 % населения мира страдают или хотя бы раз перенесли различные формы кандидоза. В США *Candida* занимает четвертое место после *S. aureus*, *S. epidermidis* и *Enterococcus spp.* среди наиболее часто выделяемых из крови возбудителей и первое место по смертности от внутрибольничных септических состояний.

Парадоксально, но инвазия грибов рода *Candida* чаще наблюдается в участках, представленных многослойным эпителием (полость рта, пищевод) и значительно реже в однослойный эпителий (желудок, кишечник).

Кандидоз пищевода встречается у больных общего профиля в 1-2% случаев, у больных сахарным диабетом 1 типа - в 5-10% случаев, у больных СПИД - в 15-30% случаев. Среди местных факторов риска называют ожог, ахалазию, дивертикулез, полипоз пищевода и др [1,4,5,6].

Пациенты с химическим ожогом верхних отделов желудочно-кишечного тракта также подвержены риску кандидозной инфекции. Это обусловлено снижением активности механизмов местной антифунгальной резистентности в результате повреждения слизистой. Учитывая необходимость применения у этих больных глюкокортикостероидов и массивной антибиотикотерапии, можно уверенно отнести их к группе риска по развитию кандидоза. Характерными жалобами при кандидозе пищевода являются дисфагия, одинофагия, ретростернальный дискомфорт. Это может привести к нарушению питания и значительному снижению качества жизни пациентов. Кандидоз пищевода, даже протекающий субклинически, опасен своими осложнениями.

ми – стриктурой, кровотечением, перфорацией и диссеминацией микотического поражения. Кроме того, осложняя течение пестоногового эзофагогастроуденита, кандидозная инфекция ухудшает прогноз основного заболевания и увеличивает продолжительность стационарного лечения. Поэтому кандидозная инфекция у пациентов с химическими ожогами верхних отделов желудочно-кишечного тракта является актуальной проблемой, требующей тщательного изучения.

Цель исследования – определение частоты возникновения кандидозной инфекции пищевода при острых отравлениях жидкостями прижигающего действия.

Методы. Был проведен ретроспективный анализ 99 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в отделении острых отравлений Витебской областной клинической больницы в 2004 году с диагнозом: острое отравление жидкостью прижигающего действия. Среди них женщины составили 43,4 % (43 человека), мужчины 56,6 % (56 человек). По возрасту пациенты распределились следующим образом: до 20 лет - 6 человек (6,1 %), 20-39 лет - 26 человек (26,3 %), 40-59 лет - 40 человек (40,4 %), 60 и более лет - 27 человек (27,3 %)

У 79 человек (79,8 %) отравление было случайным, а у 20 человек (20,2 %) - суицид. В качестве прижигающей жидкости выступали: уксусная кислота - в 25,3 % случаев, раствор аммиака - в 12,1 % случаев, перекись водорода - в 7,1 % случаев, раствор перманганата калия - в 4,0 % случаев, другие жидкости - в 38,4 % случаев. В 14,1 % случаев характер прижигающей жидкости остался неизвестен.

Больные с ожогами лёгкой степени составили 10,1 % (10 человек), средней степени тяжести – 58,6 % (58 человек), тяжёлой степени 31,3 % (31 человек).

Кандидозную инфекцию диагностировали по результатам ФГДС.

Результаты исследования. У 8 пациентов (8,1 %) была диагностирована кандидозная инфекция пищевода. Среди этих пациентов женщины составили 25 % (2 человека), мужчины 75 % (6 человек). Распределение по возрасту следующее: до 20 лет – 1 человек (12,5 %), 20-39 лет – 2 человека (25 %), 40-59 – 3 человека (37,5 %), 60 и более – 2 человека (25 %).

Частота встречаемости кандидозных поражений пищевода в возрастных группах следующая: до 20 лет-16,67 %, 20-39 лет-7,69 %, 40-59 лет-7,5 %, 60 и более-7,41 %.

Больные с ожогами тяжёлой степени среди этих пациентов составили 75 % (6 человек), со средней степенью тяжести – 25 % (2 человека).

Среди жидкостей, вызвавших ожог желудочно-кишечного тракта, 37,5 % приходится на уксусную кислоту, 12,5 % - на аккумуляторную жидкость. В 50 % случаев характер жидкости не установлен.

У трех пациентов из этой группы при поступлении при ФГДС на слизистую пищевода определялось множество плоских сливающихся чистых эрозий; у двух пациентов - эрозии, покрытые фибрином; еще у двух больных - на всем протяжении слизистой пищевода определялся фибрин серого цвета. У одного пациента на первой ФГДС наблюдалась картина фибринозного (псевдомембранозного) эзофагита (участки наложения фибрина на фоне ярко-розовой слизистой).

Ведущими жалобами у этих больных являются боли и неприятные ощущения по ходу пищевода, особенно после еды. 5 пациентов из этой группы (62,5%) получали флуконазол, после чего наблюдалась положительная динамика клинического течения со второго-седьмого дня. Эндоскопическая картина улучшалась при контроле на седьмые-девятые сутки.

Выводы.

1. Химический ожог верхних отделов желудочно-кишечного тракта является достоверным фактором риска возникновения кандидозной инфекции.

2. Среди пациентов с кандидозным осложнением преобладали мужчины.

3. Возникновение кандидозной инфекции у пациентов с острыми отравлениями жидкостями прижигающего действия не зависит от характера жидкости.

4. Вероятность присоединения кандидозной инфекции возрастает у пациентов, имеющих выраженный химический ожог пищевода.

Литература

1. Кусякина Г.К. Сравнительный анализ частоты микотических поражений пищевода при предраке и раке за 20-летний период (1980-1999 г.г.)// Успехи медицинской микологии. В сб. «Материалы первого Всероссийский конгресса по медицинской микологии». - М., 2003. - Т.2. - С.258-259.
2. Лесовой В.С., Липницкий А.В., Очкурова О.М. Кандидоз ротовой полости (Обзор)// Проблемы медицинской микологии. - 2003. - Т.5, №1 - С.21-26.
3. Шемяков М.А. Кандидоз слизистых оболочек пищеварительного тракта // Проблемы медицинской микологии - 2000. - Т.2. - С.6-10.
4. Шемяков М.А., Климов Н.Н., Антонов В.Б. и соавт. Диагностика кандидоза пищевода // Проблемы мед микологии. - 1999. - Т.1, №4. -С.14.
5. Hoshika K., Jida M., Mine H. Esophageal Candida infection and adherence mechanisms in the nonimmunocompromised habbit // G.Gastrointenterol. - 1996 - Vol.31, № 3. - P 307-313.
6. Watson H.G., Goulden N., Zudlan C.A. Esophageal candidiasis in an HIV-negative patient treated with factor VIII concentrate // J.Hematol. - 1992 - Vol.80, Suppl.1. - P.19.